http://doi.org/10.20336/rbs.787

REVISTA BRASILEIRA DE SOCIOLOGIA

Quando e como uma doença desaparece. A varíola e sua erradicação no Brasil, 1966/1973

When and how a disease disappears. Smallpox and its eradication in Brazil, 1966/1973

Gilberto Hochman[*]

RESUMO

Este artigo aborda o programa de erradicação da varíola no Brasil (1966-1973), para analisar o fim de doenças e epidemias em contextos locais. O foco recai sobre os antecedentes de um marco específico e crucial desse processo: o anúncio oficial de seu desaparecimento em agosto de 1973 em pleno regime militar. O objetivo do artigo é compreender como as dimensões políticas, científicas e sanitárias se entrecruzaram na pouca repercussão de uma conquista da saúde pública que mobilizou recursos, governos, população e organizações internacionais. O artigo, baseado em fontes primárias e secundárias, está dividido em quatro partes. A primeira discute as questões gerais relativas ao fim de epidemias e desaparecimento de doenças em contextos locais. A segunda apresenta a dinâmica política e sanitária e as características da campanha de erradicação da varíola entre 1966 e 1980, em suas faces internacional e nacional. A terceira discute os desafios, as desconfianças e as incertezas que envolveram a determinação de que a varíola estava eliminada no Brasil do regime militar entre os anos de 1970 e 1973. Na conclusão, retoma-se a questão do término de epidemias e doenças em contextos históricos e nacionais à luz da erradicação da varíola.

Palavras-chave: varíola, governo militar, saúde pública, doença, epidemias.

[*] Doutor em Ciência Política. Professor e pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
Email: gilberto.hochman@fiocruz.br

ABSTRACT

This article discusses the smallpox eradication program in Brazil (1966-1973) to analyze the end of diseases and epidemics in local contexts. The focus is on the background of a specific and crucial milestone in this process: the official announcement of its disappearance in August 1973 in the midst of the military regime. The objective of the article is to understand how the political, scientific and health dimensions intertwined in the little repercussion of a public health achievement that mobilized resources, governments, populations, and international organizations. The article, based on primary and secondary sources, is divided into four parts. The first discusses general issues related to the end of epidemics and the disappearance of diseases in local contexts. The second presents the political and health dynamics, and the smallpox eradication campaign´s characteristics between 1966 and 1980, in its international and national aspects. The third discusses the challenges, suspicions, and uncertainties that involved the determination that smallpox was eliminated in Brazil, during the military regime, between 1970 and 1973. In the conclusion, ending epidemics and diseases in historical and national contexts is taken up in the light of the eradication of smallpox.

Keywords: smallpox, military government, public health, diseases, epidemics.

Introdução

Quando e como uma epidemia termina? O que determina e quem atesta o seu desaparecimento? Com quais critérios? O que significa o fim de uma epidemia ou mesmo de uma doença? Dado o caráter trágico e disruptivo da pandemia de Covid-19, múltiplos atores sociais têm formulado perguntas, e veiculado muitas dúvidas, tanto sobre o seu início ("o caso zero"), suas origens ("a nacionalidade do vírus"), sua duração ("ondas"), intensidade ("picos", "platôs", "vales") assim como sobre o seu tão ansiado declínio, controle ou mesmo eliminação (da transmissão e de óbitos, "zero casos") (Heywood, & Macintyre, 2020). Esse não é um debate exclusivo de epidemiologistas e médicos. Historiadores e cientistas sociais têm estabelecido, há muito, que doenças e epidemias não são fenômenos estritamente biológicos. Elas emolduram e são emolduradas pela sociedade como sugere Charles E. Rosenberg (1992). Nesse sentido, o término de uma epidemia é estabelecido não somente em termos da existência de uma vacina, de uma solução terapêutica eficaz, da queda na taxa de contágio, da obtenção da imunidade

da população ou da diminuição dos registros de casos e dos óbitos. Isso se dá também pela forma como sociedades percebem a experiência epidêmica no presente, como partilham a memória das epidemias passadas, como compreendem e imaginam que a vida social, por elas interrompida, foi ou será reestabelecida e pelos interesses políticos e econômicos envolvidos nesse término. A convivência com ciclos epidêmicos, eventualmente mais brandos ou controláveis, ou com a endemicidade da doença, também constitui uma forma de selar o seu final. São questões e temas ainda pouco frequentadas por cientistas sociais e historiadores.

O fim de uma epidemia ou de uma doença resulta de um entendimento que envolve múltiplos interesses e atores: governos nacionais e subnacionais, organizações internacionais, cientistas, epidemiologistas, imunologistas, médicos e profissionais de saúde, imprensa e redes sociais, sociedades científicas, empresas e organizações da sociedade civil e pessoas afetadas direta ou indiretamente. Mesmo que não existam "lições do passado", é possível reivindicar que a história e as ciências sociais apontam caminhos para a compreensão desses processos no tempo e em contextos específicos. É nas frestas das incertezas biomédicas sobre diagnóstico, tratamento, cura e cuidado que, como sugere Diego Armus (2004; 2020), sociedade e ciência se entrelaçam mais fortemente. A decisão e aceitação do desaparecimento de uma epidemia, ou de uma doença, é um acordo tácito ou explícito entre atores sociais, sempre precário e instável no curto prazo, mas que tem resultados concretos na vida cotidiana (Greene, & Vargha, 2020; Kolata, 2020).

A varíola é, até hoje, a única doença humana intencionalmente erradicada e cujo desaparecimento foi anunciado solenemente em maio de 1980 pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Ao longo do século XX, ela se tornou endêmica na região das Américas, com surtos epidêmicos de sua forma mais grave em partes da África e da Ásia.[1] Mesmo não sendo mais caracterizada como epidêmica, a história de sua erradicação permite um diálogo sobre o fim de epidemias e de doenças no presente. Algumas características "naturais" da varíola teriam possibilitado sua erradicação, segundo a literatura especializada: os seres humanos são os únicos hospedeiros e só há um sorotipo viral. Além disso, a vacina era eficaz e se tornou mais barata,

[1] A varíola era uma doença infecciosa grave. A transmissão ocorria de pessoa para pessoa por meio das vias respiratórias. O vírus da varíola permanecia incubado de sete a 17 dias no organismo infectado. Na sua forma mais grave (*major*)', a letalidade era de 30%. Na sua forma mais benigna (*minor*) a letalidade era de 1%.

estável e segura ao longo do tempo. Tanto a cicatriz vacinal e as sequelas nos corpos, assim como a forma mais grave da doença, eram identificáveis, o que facilitava o diagnóstico e a vigilância epidemiológica. Os mecanismos de imunização eram conhecidos e tinham avançado desde o final do século XVIII, com a vacina jenneriana e, depois, o desenvolvimento da vacina animal. Por fim, tanto a infecção não-letal quanto a vacinação conferiam imunidade permanente.

Esse artigo aborda a erradicação da varíola no Brasil sob a perspectiva do fim de uma doença em contexto local. Serão focalizados os antecedentes de um marco específico e crucial desse processo: o anúncio de seu desaparecimento em agosto de 1973. Entre março e abril de 1971, foram reportados aqueles que seriam considerados os últimos casos de varíola no Brasil. Em 25 de agosto de 1973, o governo brasileiro recebeu a certificação da erradicação da doença no país pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e, por conseguinte, na região das Américas.[2] No entanto, em vez de uma "natural" celebração face à relevância de um evento que tinha repercussões regionais e internacionais, ele foi noticiado de modo acanhado pela grande imprensa. Foram raras e esparsas as declarações do então Ministro da Saúde, Mario Machado de Lemos, e de outros membros do governo do General Garrastazu Médici (1970-74). Por que o sucesso do programa brasileiro, que poderia ter sido emoldurado com as cores nacionalistas daquele momento, não obteve repercussão pública? É o que vamos examinar neste artigo.

A certificação da eliminação da transmissão da varíola ocorreu em um período que combinava o "milagre econômico", expressão cunhada para denominar o expressivo crescimento econômico entre 1971 e 1974, a propaganda ufanista e a repressão violenta aos opositores do regime militar, especialmente depois do Ato Institucional n. 5 de 13/12/1968. No momento em que as agências internacionais anunciavam o desaparecimento da enfermidade temida há séculos, o país estava às voltas com uma nova emergência sanitária: a epidemia de meningite meningocócica. O governo militar negou a sua existência e censurou quaisquer notícias. A análise da certificação quase silenciosa do fim da varíola no Brasil é um caminho para compreender as complexas e contingentes tramas pelas quais, em um dado

[2] Do ponto de vista técnico, a certificação era de "eliminação da varíola no Brasil", uma vez que ela ainda persistia em outras partes do mundo. Todavia, prevaleceu, nos discursos dos governos e das organizações internacionais de saúde, a ideia de erradicação para os países. Isso reforçava a ideia de que a erradicação era a meta a ser alcançada por meio de etapas.

contexto político, se aceita, ou se determina, que epidemias "terminam" e doenças "desaparecem". No caso em questão, política e ciência se conectaram para conferir sentidos particulares ao anúncio da "morte da varíola" no Brasil.

A sequência do artigo está organizada em três partes. A primeira apresenta a dinâmica política e sanitária e as características da campanha de erradicação da varíola, em sua dimensão tanto internacional quanto nacional. A segunda discute os desafios, as desconfianças e as incertezas que envolveram a determinação de que a varíola estava eliminada no Brasil do regime militar entre os anos de 1969 e 1973. Na conclusão, retoma-se a questão do término de epidemias e doenças em contextos históricos e nacionais à luz da erradicação global da varíola.

A trajetória da erradicação da varíola no Brasil

Apesar de séculos de mortes, medo, adoecimento e marcas indeléveis sobre os corpos humanos, e das características acima mencionadas, foi apenas em meados do século passado que a varíola, endêmica quase exclusivamente no "mundo subdesenvolvido", se tornou objeto mais central de interesse da Saúde Internacional, suas organizações e de governos. A União Soviética, que eliminara a varíola nos anos 1930, propôs sua erradicação global em dez anos na XI Assembleia Mundial da Saúde, órgão decisório da Organização Mundial da Saúde (OMS), realizada em Mineápolis, Estados Unidos, em 1958 (Cueto, Brown, & Fee, 2019).[3] Essa proposta, aprovada no ano seguinte, gerou debates sobre sua viabilidade em meio ao acirramento da Guerra Fria e aos movimentos de descolonização. A despeito das disputas sobre quais seriam as melhores vacinas e as estratégias de campanha, houve crescente adesão dos países-membros da OMS. Ainda prevalecia o forte otimismo médico-sanitário do pós-Segunda Guerra (Garrett, 1995). Uma campanha global ofereceria aos países endêmicos a oportunidade de receber recursos humanos e financeiros para o enfrentamento de um grave problema sanitário. Além disso, protegeria os países livres da varíola da importação de casos (Hochman, 2009; 2011).

[3] O bloco soviético abandonou a OMS em 1949 e retornou em 1956 (Cueto *et al.*, 2019).

A ascensão da varíola ao topo da agenda sanitária internacional resultou no Programa Intensificado de Erradicação da Varíola (PEV), estabelecido pela OMS em 1966.[4] O PEV contou com apoio e financiamento de inúmeras agências de cooperação para o desenvolvimento, e dos dois polos da Guerra Fria: Estados Unidos e União Soviética (Manela, 2010). O diretor do programa entre 1966 e 1977 foi Donald A. Henderson, médico com longa carreira no Centro de Prevenção e Controle de Doenças dos EUA (CDC), que contou com apoio do Ministério da Saúde da URSS entre outros (Henderson, 2009). O CDC, originalmente com atribuições de vigilância epidemiológica interna, tornou-se, no contexto da Guerra Fria, um agente da política estadunidense na América Latina, no Caribe e na Ásia (Etheridge, 1992; Greenough, 2011; Reinhardt, 2015). Apesar da polaridade geopolítica, a meta de erradicação da varíola produziu uma "disputa cooperativa", uma vez que, por meio de um programa global de saúde, acreditava-se que o conhecimento científico e as tecnologias médicas poderiam fortalecer, para alguns, os princípios do liberalismo democrático e, para outros, os do socialismo (Reinhardt, 2015; Stepan, 2011).

As inúmeras tensões da chamada Guerra Fria Global nos anos de 1960 e 1970, em particular na América Latina, África e Ásia (Westad, 2005), não impediram a assistência internacional em várias frentes: no financiamento e de recursos humanos e organizacionais, na produção, controle de qualidade e distribuição da vacina antivariólica, nas campanhas de vacinação sistemática e na organização de sistemas de vigilância epidemiológica com busca ativa de casos, laboratórios para diagnósticos, isolamento, vacinação de bloqueio, registro e análise de informações.

O objetivo do PEV era liderar e coordenar a erradicação da doença em escala global com a mobilização de recursos financeiros e técnicos e adesão dos países-membros da OMS. Todavia, existiam dúvidas sobre sua viabilidade. Por um lado, elas resultavam da percepção do insucesso do programa global de erradicação da malária lançado pela OMS em 1955 e, por isso, da razoável desconfiança em relação a outro ciclo de programas com igual objetivo (Henderson, 2009; Stepan, 2011). Além disso, esse novo ciclo demandava a organização de programas nacionais de erradicação que eram cruciais em países continentais como Brasil e Índia: em meados dos anos 1960, a varíola ainda se mantinha endêmica com elevado número de

[4] Em inglês *Intensified Smallpox Eradication Program* (SEP).

casos nesses países, sendo que, no caso indiano, com dramáticos surtos de sua forma mais grave. A estruturação desses programas nacionais foi fundamental quando a OMS acelerou o programa no início dos anos 70 na tentativa de viabilizar a erradicação global da varíola (Hochman, 2009; Bhattacharya, 2006). O *slogan* da campanha passou a ser efetivamente "varíola, meta zero".[5] Em outubro de 1977, foi identificado o último "caso natural" na Somália, seguido, em 1978, de um caso resultante de acidente em laboratório no Reino Unido (Fenner *et al.*, 1988).

A extinção da doença foi certificada em 1979 com a comprovação do fim da circulação do vírus e da ausência sustentada de casos (Fenner *et al.*, 1988). Em 8 maio de 1980, a erradicação foi comunicada ao mundo na XXXIII Assembleia Mundial da Saúde realizada em Genebra. "A varíola está morta" foi o título da capa da publicação mensal da OMS (*World Health, May*, 1980). Foi o anúncio oficial do fim de uma doença que dizimara milhões ao longo dos séculos e um fato celebrado como o maior sucesso da saúde internacional até o presente. Em 2010, após 30 anos, essa conquista foi monumentalizada com uma estátua em pedra e bronze na entrada do prédio da OMS em Genebra, Suíça.[6]

Como apontam Stepan (2011) e Birn (2011), as análises desse sucesso são retrospectivas, acríticas e generalistas, e escritas a partir do ponto de vista dos que operaram os programas internacionais e nacionais de saúde. O próprio modelo verticalizado de campanha que foi adotado descartava, por exemplo, para os objetivos da erradicação, a estruturação de sistemas de saúde mais integrados e inclusivos. Do ponto de vista sociológico, essa monumentalização da erradicação dificulta a análise sobre como as incertezas, os fracassos e os processos próprios aos contextos locais foram elementos constitutivos desse processo.[7] Essas narrativas, vistas como relatos de um "fato" inquestionável, também são objeto de crítica na medida em que homogeneizaram e despolitizaram as dimensões nacionais do programa e os contextos locais, bem como os conflitos entre as agências

[5] Em inglês *smallpox target zero*.

[6] https://www.who.int/news-room/detail/17-05-2010-statue-commemorates-smallpox-eradication. Acesso em 21/09/2020

[7] A história oficial do PEV e da certificação foi publicada no chamado "big red book" (1450 páginas) escrito por participantes do programa. em particular por aqueles que eram vinculados à OMS e ao CDC (Fenner *et al.*, 1988). Vários livros de depoimentos e narrativas biográficas reforçam a interpretação retrospectiva a partir do sucesso anunciado em 1980 (Arita, 2010; Foege, 2011; Henderson, 2009).

e programas internacionais e nacionais. Como consequência, dificulta-se a compreensão das próprias dinâmicas e experiências contextuais mediante as quais se alcançou o "fim da varíola" (Bhattacharya, 2006; Hochman, 2009; Neelakantan, 2010).

A varíola esteve presente nos registros brasileiros desde o século XVI. Entre meados do século XIX e as primeiras décadas do XX, produziu eventos epidêmicos dramáticos na cidade do Rio de Janeiro, então capital federal. Nesse período, a vacinação antivariólica tornou-se uma prioridade para os serviços sanitários (Fernandes, 2010) e sua obrigatoriedade foi alvo de disputas e conflitos na Primeira República, cujo marco mais conhecido é a célebre "revolta da vacina" de novembro de 1904 (Carvalho, 1987; Chalhoub, 1996). A partir da década de 1930, a doença passou a prevalecer em sua forma mais branda, com menor letalidade: a varíola *minor* ou mais conhecida como alastrim. Nas décadas subsequentes, sequer há registros confiáveis da doença em âmbito nacional e nenhuma instituição foi criada para seu controle, a despeito da expressiva ampliação, durante a era Vargas e os anos JK, das estruturas estatais para combate a doenças endêmicas (Fonseca, 2007; Hochman, 2009). Mesmo o país sendo um dos últimos espaços endêmicos, e com o maior número de casos na região das Américas, a varíola desapareceu da agenda sanitária brasileira até os anos 1960 (Hochman, 2009). As prioridades eram a malária e as demais endemias rurais que concentravam a atenção do governo federal, compreendidas como "doenças do subdesenvolvimento" (Packard, 2007). No caso da malária, ela se fazia prioridade no âmbito da saúde global. A OMS e a Unicef coordenaram um programa global de erradicação a partir de 1955, empreendimento ao qual o Brasil foi aderindo gradualmente por meio da Campanha de Erradicação da Malária (CEM), que se estendeu de 1958 a 1970 (Hochman, 2008). A ideia de erradicação, fortemente estabelecida na agenda da saúde internacional no pós-Segunda Guerra (Stepan, 2011), também foi adotada contra o mosquito *Aedes aegypti*, transmissor da febre amarela, em campanha coordenada pela OPAS desde o final dos anos de 1940 para a região das Américas (Magalhães, 2016).

A varíola *minor* era endêmica em diferentes regiões do país nos anos 1960, com números expressivos de casos na então Guanabara, em São Paulo, no Paraná, no Rio Grande do Sul e na Bahia, além de surtos episódicos com manifestações clínicas mais graves. O Brasil se tornara uma ameaça

de reintrodução da varíola em países que já a haviam eliminado, como o México, que declarou a erradicação em 1952 (Agostoni, 2016), ou os EUA, cujo último caso natural, não importado, datava de 1949. O último registro da doença no Canadá, em 1962, fora importado do Brasil (Jarvis, 2007). Dada a baixa cobertura vacinal da população infantil e os limites na produção de vacinas, tanto em número quanto em qualidade, pairava o temor de que o Brasil também importasse casos oriundos de surtos que ainda ocorriam na região das Américas e na Europa, como no Reino Unido, em 1962 (Bivins, 2007). A ampliação do transporte aéreo, com implicações na velocidade com que as pessoas circulavam em escala global, aumentava os riscos de circulação de um vírus altamente transmissível.

A invisibilidade da doença é também resultado da perda da convivência da sociedade com sua forma mais grave e epidêmica que levava a óbito 30% dos adoecidos. Os dramáticos surtos epidêmicos das duas primeiras décadas do século passado foram substituídos pela sua forma menos grave e letal, o Alastrim, e era confundida muitas vezes com a varicela ou catapora. Dessa forma, a doença saiu da agenda da saúde pública e da memória da sociedade brasileira, apesar de suas marcas indeléveis nos sobreviventes. Ela retorna emoldurada pela Guerra Fria, pelas pressões internacionais e pelos governos autoritários pós-1964.

Em face desse temor, uma primeira resposta brasileira foi a Campanha Nacional Contra a Varíola (CNCV), criada em 1962, sob incentivo da OPAS/OMS, com a meta de eliminar a doença em cinco anos. A CNCV foi a primeira organização nacional criada exclusivamente para coordenar o combate à doença, até então disperso pelos serviços municipais e estaduais e por diferentes setores do Ministério da Saúde. No final dos anos de 1950, o Ministério da Saúde utilizara a ampla estrutura do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) para a vacinação antivariólica no interior do país. Inovações técnicas foram relevantes nesse processo. Em 1966, foi introduzida a agulha bifurcada como técnica mais simples de vacinação, para além dos injetores a pressão que vinham sendo testados para vacinação em massa (Hochman, 2009). Nesse mesmo ano, foi iniciada a fabricação da vacina liofilizada (desidratada) pelo Instituto Oswaldo Cruz (IOC) que seria fabricada também em laboratórios públicos estaduais, e facilitava imensamente o transporte e a conservação dos imunizantes. A meta inicial de controle da doença não foi alcançada, mas produziu avanços relevantes

no que diz respeito às formas de produção de vacinas, aos métodos de vacinação, às campanhas educativas, à formação e treinamento de quadros profissionais e às estruturas organizacionais para tais campanhas. Nesse esforço, foram aplicadas 23 milhões e 500 mil de doses da vacina no período 1962-1966 (Varíola – trabalho para a Comissão Internacional…, 1973). Havia problemas de registro e de subnotificação, mas os dados disponíveis apontam para 9.600 casos registrados e 160 óbitos, em 1962, reduzidos para 3.623 casos e 20 óbitos em 1966 (Scorzelli Jr, 1965; Varíola – trabalho para a Comissão Internacional…, 1973). A instabilidade política e econômica do governo João Goulart (1961-64) e dos primeiros anos do regime militar inaugurado em abril de 1964 dificultaram resultados mais expressivos e a enfermidade se manteve endêmica no país.

Em 1966, o Brasil embarcaria no empreendimento global capitaneado pela OMS, criando a Campanha de Erradicação da Varíola (CEV) que, um ano depois, foi subordinada diretamente ao Ministro da Saúde. O governo militar considerava a erradicação como prioridade não apenas pelo aspecto sanitário, mas, principalmente, pela dimensão geopolítica, uma vez que, segundo o então Ministro da Saúde Raimundo de Brito, o país "lamentavelmente ainda se inscreve entre os mais importantes focos de varíola do mundo e o mais relevante do continente americano" (*O Correio da Manhã*, 27/08/1966, p. 11). Dada a pressão internacional, a CEV foi vista como oportunidade para o regime militar obter recursos internacionais para a saúde pública e apresentar resultados positivos que poderiam ser utilizados na comparação com o governo democrático que derrubara. Este era caracterizado pelo vocabulário da Guerra Fria como incompetente, corrupto e populista e o fracasso no controle da varíola seria um exemplo disso. No lançamento da CEV em 1966, o governo militar divulgava que, em apenas dois anos, já havia dobrado o número de vacinações realizadas pelo governo Goulart (*O Globo*, 27/08/1966, p. 3).

Dado o contexto sanitário, de persistência da varíola, e político, de acirramento da Guerra Fria na América Latina, não é surpreendente que um terço do orçamento do programa brasileiro proviesse do programa estadunidense Aliança para o Progresso. Além disso, recursos materiais e humanos eram fornecidos pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA (CDC), pelo governo canadense e seus laboratórios públicos, como o

Connaught,[8] pela OPAS/OMS e pela filantropia do Rotary International. Um dos objetivos centrais da cooperação canadense era a melhoria da qualidade da vacina produzida nos laboratórios públicos brasileiros, conforme diretriz da CEV (Palmer, & Hochman, 2010). A Agência Estadunidense para o Desenvolvimento Internacional (USAID) investiu recursos expressivos para a vacinação em massa nos dois últimos anos da campanha (1970-72). Essas doações e contribuições internacionais se materializaram em veículos e injetores de pressão para vacinação em massa (*ped-o-jet*) e, também no trabalho de especialistas e consultores estrangeiros remunerados diretamente por agências de cooperação e por organismos internacionais (Varíola – trabalho para a Comissão Internacional…, 1973).

A opção dos governos do Marechal Castelo Branco (1964-67) e do General Costa e Silva (1967-69) foi mobilizar e coordenar, a partir da CEV, os recursos já disponíveis de órgãos federais, estaduais e municipais nas áreas de saúde e educação. Por exemplo, foram acionados o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), a Campanha Erradicação da Malária (CEM) (que dava sinais de fracasso) e, em particular, a Fundação Serviço de Saúde Pública (FSESP). A FSESP tinha profissionais com melhor remuneração e treinamento e com experiência de atuação em áreas mais distante de centros urbanos desde sua criação em 1942 como parte dos acordos Brasil-EUA para o esforço de guerra (Campos, 2006). Foi o grupo de médicos originário da FSESP que dirigiu a CEV e, depois, parte dele integrou o esforço do PEV/OMS de erradicação da varíola na África e na Ásia (Bhattacharya, & Messenger, 2010).

Em 1970 e 1971, a ênfase foi na vacinação em massa nas áreas urbanas de todo o país, ou naquelas com significativa densidade populacional e maior número de casos. A estratégia adotada foi, além da propaganda, a de mobilização da população para encontros em lugares públicos, que esperava a chegada dos vacinadores e o início da vacinação utilizando os injetores de pressão. Líderes políticos locais, professores, militares, profissionais de saúde e religiosos foram envolvidos na mobilização e na convocação da população junto aos coordenadores estaduais da Campanha. Personalidades políticas, artísticas e desportivas eram vacinadas em público e suas fotografias circulavam na imprensa. Festas populares, romarias, encontros religiosos, feiras, manifestações artísticas populares, quartéis,

[8] Laboratório público vinculado à Universidade de Toronto e à Província de Ontário.

escolas públicas, aeroportos, terminais rodoviários e ferroviários e grandes empresas foram espaços utilizados para a vacinação em massa em horário estendido (Hochman, 2009; 2011). Entre 1966 e 1971, a CEV contou com um total de 3.563 funcionários, sendo 654 vacinadores e 613 motoristas de veículos, chegando a contar com 332 injetores (Varíola – Trabalho para a Comissão Internacional..., 1973).

Uma rígida legislação foi estabelecida para garantir a vacinação e a revacinação, cujos certificados passaram a ser exigidos para obtenção de documentos públicos, pagamento de salários, matrícula nas escolas públicas e privadas e viagens ao exterior. Todavia, a grande adesão à vacinação não parece ser explicada exclusivamente pela ação coercitiva ou pela propaganda. Dada a persistente desigualdade brasileira, essas medidas coercitivas tinham baixa efetividade para parte significativa da população, que não possuía e nem conseguia demandar tais documentos oficiais, estava alijada da educação pública, não tinha empregos nem públicos nem formais e muito menos viajava. Essa adesão se explica, em parte, pelo que denominamos de uma "cultura da imunização" no Brasil (Hochman, 2011). Trata-se de um conjunto de valores que fortaleceram e legitimaram a ideia e a prática da vacinação como resultado de campanhas contra várias enfermidades, como de febre amarela, bouba, tuberculose e varíola ao longo do século XX e não apenas no Brasil. Para muitos autores, este é o resultado de um consenso vacinal (Saavedra, 2011) no qual a imunização, como ciência, demanda validação política e social na forma de um contrato social no qual a utilidade das vacinas é reconhecida assim como o dever do Estado em garanti-las (Moulin, 2003). Um consenso que tende a apagar tensões e contradições, e mesmo as resistências. Num país marcado pela exclusão social, a vacina, fornecida gratuitamente pelo Estado, passou a ser percebida como bem público. A proteção contra enfermidades transmissíveis era base de uma "cidadania imunológica ou biomédica", como qualificou Warwick Anderson (2006), por um Estado que negava cidadania civil e política a largos setores da sociedade.

Esse esforço de mobilização para vacinação em massa também foi resultado do impacto negativo, para a CEV e para a OPAS/OMS, do significativo aumento de casos (7.407) em vários estados, no ano de 1969, sem considerar a reconhecida subnotificação. Essa precariedade era motivo de críticas dos dirigentes da PEV/OMS (Fenner *et al.*, 1988). A criação de

sistemas de vigilância e registro epidemiológico, até então praticamente inexistentes no país, veio desse diagnóstico.

Havia sérias dúvidas sobre a possibilidade de sucesso da campanha brasileira (Fenner *et al.*, 1988, p. 624). Em uma carta do início de 1970, o diretor do PEV/WHO, Donald A. Henderson escreveu a Charles Williams, vice-diretor da OPAS, manifestando preocupação com o Brasil: "Parece bastante claro que a situação não é boa" (Fenner *et al.*, 1988, p.625).[9] Os problemas identificados foram a alta rotatividade dos dirigentes da CEV, recursos nacionais insuficientemente alocados, a competição com a campanha da malária, a ausência de padronização dos procedimentos, a ausência de supervisão, os problemas na qualidade dos registros e da vacina, e a cobertura de vacinação desigual entre os estados (Henderson, 2009; Hochman & Palmer, 2010; Stepan, 2011, p. 218-219). No biênio 1970 e 1971, decidiu-se a intensificação da vacinação e revacinação da população nas áreas com maior número de casos, assim como a busca ativa de casos, com a montagem de uma rede de postos de notificação e vigilância epidemiológica nos estados e territórios federais. Em caso de identificação de casos suspeitos, implementavam-se ações de isolamento, vacinação de bloqueio, investigação dos contatos e exame laboratorial para confirmação. Os números foram drasticamente reduzidos, ainda no ano de 1970, para 1.771casos, concentrados em áreas específicas. Entretanto, era um número ainda elevado e impeditivo da meta de erradicação na região das Américas, na qual a Argentina registrara os seus últimos 24 casos nesse mesmo ano, atribuídos à importação do Brasil.

Desconfianças políticas, incertezas biomédicas e o fim silencioso da varíola

Não eram apenas as organizações internacionais que se preocupavam com os rumos do programa brasileiro. Em abril de 1971, uma charge no semanário "O Pasquim", uma das poucas vozes críticas ao regime militar na imprensa, debochava da situação. O personagem Fradinho, do cartunista Henfil, se referia ao inconcluso trabalho do governo militar na erradicação da varíola e à propaganda ufanista de "Pra Frente Brasil", "Ame-o ou Deixei-o", entre

[9] Original em inglês. Tradução do autor.

outros *slogans* nacionalistas e autoritários. A meta de erradicação fazia parte dessa propaganda e era noticiada pelos principais jornais. O Ministro da Saúde (1969-1972) Francisco de Paula Rocha Lagoa relatara esses avanços ao Diretor-Geral da OMS, o brasileiro Marcolino Candau, quando de sua visita ao Brasil em fins de março de 1971 (*Folha de São Paulo*, 24/3/1971, p.11; *O Estado de São Paulo*, 24/3/1971, p. 11). Candau demonstrava satisfação com o proclamado fato de o país deixar "… de ser exportador de varíola para outros países" (*O Estado de São Paulo*, 25/3/1971, p.23). A eliminação da varíola era uma resposta política do governo militar à comunidade internacional preocupada com a persistência da doença no país. Na semana seguinte, a campanha fazia parte das atividades cívicas comemorativas dos sete anos da autodenominada "Revolução de 1964". Na cidade do Rio de Janeiro, elas incluíam, por exemplo, a "vacinação antivariólica em diversos bairros, com a utilização de 40 kombis da Secretaria de Saúde" e em 14 escolas de samba selecionadas, além da "coleta de sangue no hall do Aeroporto Santos Dumont" (*O Correio da Manhã*, 31 de março de 1971, p.3).



Fonte: *O Pasquim*, n. 92, 8-14/1971. Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional[10].

Nesse momento de poucas críticas, muita censura, repressão e autocelebração, entre os meses de março e abril de 1971 surgiram casos suspeitos de varíola. Ocorreram na Vila Cruzeiro, uma favela com 25 mil habitantes localizada no bairro da Penha, a poucos quilômetros da sede da CEV na cidade do Rio de Janeiro. Foram notificados dois casos de varíola

[10] Disponível em: http://memoria.bn.br/docreader/DocReader.aspx?bib=124745&pagfis=2486. Acesso em: 04/09/2020.

em crianças, de 2 e 6 anos, confirmados por exames laboratoriais. Após o diagnóstico, uma equipe da campanha iniciou a investigação epidemiológica e identificou um total de 18 casos relacionados em 8 domicílios, alguns iniciados ainda em dezembro de 1970, mas não identificados precocemente pelos serviços sanitários. Diante desse quadro de surtos autóctone, foi efetuada uma operação bloqueio com quase 20 mil vacinações nessa comunidade e nenhum caso posterior foi identificado (Varíola – Trabalho para a Comissão Internacional..., 1973). A maioria dos casos era de menores de 5 anos, o que indicava baixa cobertura vacinal de crianças, em particular em áreas mais empobrecidas dos centros urbanos. Um caso secundário de varíola, o 19o, foi identificado em 19 de abril de 1971 em um hospital público no qual foram internados doentes oriundos da Vila Cruzeiro. Apesar de registrados pela CEV e pelos serviços de saúde da cidade, e mencionados posteriormente em documentos da OPAS e da OMS, esses casos não foram estampados nas páginas da imprensa, certamente por conta da censura imposta a qualquer noticiário crítico ou negativo ao governo.

Os casos reportados em 1971, no Rio de Janeiro, seriam considerados, dois anos depois, como os derradeiros no Brasil e nas Américas. No entanto, essa qualificação como "o último caso" era um enunciado instável e passível de revisão, só possível retrospectivamente. Eram tempos de incertezas biomédicas e epidemiológicas em relação ao desaparecimento da doença, que se misturavam ao otimismo nacionalista do regime em um país sob censura. Persistia o temor do retorno da varíola por algum foco residual ou por sua importação via fronteiras ou transporte aéreo. A decisão da campanha foi reforçar a vacinação e revacinação principalmente na região nordeste, com 250 vacinadores, e também em áreas da Amazônia, em 1971, e na Guanabara. Ao final deste ano não houve registro de novos casos. A CEV alcançara aproximadamente 84% da população brasileira, contabilizando quase 82 milhões de vacinados e revacinados entre 1966 e outubro de 1971 (Varíola – Trabalho para a Comissão Internacional..., 1973).

O desafio seria a verificação da interrupção da transmissão da varíola em todo território nacional para que a notícia positiva e oficial pudesse ser veiculada após a sua certificação por parte do PEV/OMS. Uma rede de vigilância epidemiológica e de informações estruturada pela CEV foi o mecanismo para investigar potenciais casos correntes ou recentes. Os mecanismos eram a identificação das marcas de vacinação, a análise dos

registros de *causa mortis* e entrevistas com pessoas que poderiam informar sobre potenciais casos, tais como prefeitos, médicos e profissionais de saúde, a tabeliães, professores e empregadores e trabalhadores, especialmente nas áreas nas quais os últimos casos haviam sido reportados em 1970 e início de 1971 (Rodrigues, 1975; Fenner *et al.*, 1988, cap.12; Varíola – Trabalho para a Comissão Internacional..., 1973). O programa de vacinação sistemática foi encerrado em outubro de 1971, ainda que a vacinação antivariólica permanecesse obrigatória e oferecida pelos serviços de saúde até 1975. No ano das comemorações do Sesquicentenário da Independência Brasil, a campanha reportou zero casos de varíola.

Caberia então à OPAS e OMS confirmar que o Brasil estava livre de varíola. Uma avaliação não oficial da situação da erradicação da varíola em 1972 foi redigida pelo diretor da CEV, Cláudio do Amaral Jr, entre outros autores, e concluía que:

> O último caso relatado de varíola ocorreu em 19 de abril de 1971. Nenhum caso foi detectado durante os últimos 21 meses, apesar de um ativo programa de vigilância com 21 unidades de vigilância e mais de 5.000 postos de notificação espalhados por todo o país. Acreditamos que a transmissão da varíola foi interrompida no Brasil (WHO/SE/73.51, p.5).[11]

Os termos utilizados nesse documento indicam a prudência dos dirigentes da CEV e dos consultores da OPAS/OMS. O Brasil estava se aproximando do critério adotado pela Comissão de Especialistas da OMS em 1972 para a erradicação, que estabelecia 24 meses de interrupção da transmissão e sem casos autóctones.[12] Contudo, questões e temores do governo brasileiro, das organizações internacionais e dos profissionais envolvidos estavam presentes: como confirmar que o Brasil estava definitivamente livre da doença? O "último caso" teria sido o derradeiro? Haveria riscos de retorno da varíola? Quais as condições para a manutenção de "zero casos" em um país ou região enquanto a varíola se mantinha endêmica em outros países?

Para essa verificação final, foi estabelecida pela OPAS e pela OMS uma Comissão de Avaliação do Programa de Erradicação da Varíola na

[11] Um documento de trabalho da OMS com carimbo de depósito na Biblioteca da OMS em 1/03/1973. Fundo Cláudio do Amaral Jr. Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Tradução do autor.

[12] WHO Expert Committee on Smallpox Eradication. Second report (1972). *World Health Organization technical report series*, *493*, 1–64.

América do Sul, tendo como foco principal a análise da situação brasileira e dos países limítrofes.[13] Ela foi composta por Alfredo Bica (Ministério da Saúde), escolhido como presidente, Robert Wilson (Diretor dos Laboratórios Connaught, Canadá), J. Donald Millar (CDC, EUA), Francisco Cambournac (Diretor do Instituto de Medicina Tropical, Portugal) e Eriberto Echezuría (Ministério da Saúde, Venezuela). Pelo menos 4 médicos brasileiros, funcionários do Ministério e da CEV, participaram das discussões da comissão.[14] Esta foi secretariada por médicos e epidemiologistas da OPAS e da OMS (PAHO/WHO, CD22/10, 11 Sept. 1973, Annex III; Fenner *et al.*, 1988, cap. 25).

A comissão se reuniu no Rio de Janeiro, em 15 de agosto de 1973, para analisar os relatórios de todos os países limítrofes do Brasil que indicavam "zero casos" desde 1970. Além de reuniões para análise e discussão do relatório e dos dados brasileiros apresentados (PAHO/WHO, CD22/10, 11 Sept. 1973)[15], os membros da comissão viajaram para encontros e avaliações dos sistemas de vigilância epidemiológica com secretários estaduais de saúde, como o de São Paulo, e visitaram laboratórios de diagnóstico, como o do Instituto Oswaldo Cruz (IOC). A reunião final foi realizada em Brasília em 24 de agosto de 1973, com a apresentação das conclusões e recomendações ao Ministro da Saúde, Mário Machado de Lemos. No dia seguinte, o Ministro entregou o relatório ao general Médici acompanhado do diretor-geral da OMS (*Correio Brasiliense*, 25/8/1973, p. 5). Em seu relatório à Comissão, congratulou o Brasil pelo "verdadeiro evento histórico" que era a "conquista da varíola" e concluiu pelo fim da interrupção da transmissão de uma doença presente há quatro séculos na região das Américas. Ao final louvou os esforços brasileiros:

> A Comissão considera, em conclusão, que ter eliminado a varíola endêmica em tão pouco tempo em um país tão grande por meio de um programa nacional não tem paralelo na história da moderna da saúde pública. Esta imensa conquista merece o orgulho de todos os brasileiros, mas especialmente orgulhosos devem ser todos aqueles

[13] Em inglês: The PAHO/WHO Comission for the Assesment of the Smallpox Eradication Program in South America.

[14] Eurico Suzart de Carvalho Filho, Alyrio Macedo Filho, Arlindo Lavigne de Lemos e João Baptista Risi.

[15] *Varíola – Trabalho para a Comissão Internacional de Certificação*, 1973, caixa 51, fol.3, Arquivo Cláudio do Amaral Jr, COC/Fiocruz, Rio de Janeiro.

> que participaram desta campanha. A Comissão felicita cada um dos que fizeram parte deste tremendo sucesso (PAHO/WHO, CD22/10, 11 Sept. 1973, Annex III, p.6).[16]

Entretanto, essa elogiada conquista "sem paralelo" do governo brasileiro, que mobilizara tantos recursos durante seis anos, não teve repercussão nos principais jornais do Rio de Janeiro, São Paulo e Brasília, que a noticiaram em poucas linhas. Também não foi, como se esperava, celebrada em manifestações públicas do governo militar.[17] O comunicado oficial à imprensa do Ministério da Saúde foi bem menos entusiasta, quase lacônico, se comparado ao relatório da referida comissão:

> Depois de analisar toda a documentação apresentada, a comissão concluiu que a transmissão da varíola está interrompida nas Américas e, consequentemente, no Brasil, e que foram assim cumpridos os requisitos estabelecidos pelo grupo de peritos da varíola da OMS para considerar erradicada essa doença (*O Correio da Manhã*, 25/09/1973, p. 2).

Essa certificação silenciosa deve ser compreendida a partir de incertezas biomédicas existentes na época, mas sobretudo pelos significados políticos que elas assumiam no contexto local marcado pelas dinâmicas do regime militar e pelas expectativas das organizações internacionais e dos países doadores e limítrofes. Se, por um lado, a conquista sobre a varíola poderia ser celebrada como um feito do governo militar, por outro lado, a decretação de um "último caso" poderia ser uma "aposta" alta demais, já que um caso subsequente que viesse a contestar essa certificação comprometeria não apenas as certezas biomédicas, mas a propaganda do regime. Ironicamente, o alto valor, local e internacional, conferido à perspectiva da "erradicação", tornava a ideia de "último caso" um risco. Essa "aposta" ganharia tons ainda mais dramáticos num contexto local marcado pela ocorrência de outra emergência sanitária, a de meningite.

As apostas e os riscos situados nessa interface nacional e internacional que caracteriza esses programas têm diferentes dimensões. Em primeiro lugar, mesmo certificando o fim da transmissão no Brasil, o relatório apontou fragilidades e fez 13 recomendações para evitar a reintrodução da

[16] Tradução do autor.

[17] Apenas foram encontradas nos principais jornais do país notícias relacionadas ao dia 25 de agosto de 1973.

doença nas Américas. Os principais problemas e recomendações eram: a baixa cobertura vacinal em crianças menores de cinco anos, principalmente em áreas de difícil acesso, recomendando-se a manutenção da vacinação obrigatória por um período maior; o controle de qualidade da vacina brasileira, recomendando-se testagem periódica de lotes de vacinas no Centro de Referência da Vacina de Varíola para as Américas em Toronto, Canadá; e a manutenção de um rígido sistema de vigilância epidemiológica e de informações, aconselhando-se a remessa de amostras de casos suspeitos para confirmação em Atlanta, nos EUA (PAHO/WHO, CD22/10, 11 Sept. 1973, Annex III; Soerensen, 1978/79). Ao recomendar a continuidade da vacinação e das atividades de vigilância em moldes semelhantes aos do período pré-certificação (1971-73), a Comissão deixava transparecer que não havia plena confiança na sua afirmação do fim da transmissão e apontava também fragilidades do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais de saúde nas áreas de produção de vacinas, diagnóstico e vigilância.

A cautela do PEV/OMS era em relação ao processo de certificação da eliminação da varíola em países específicos e regiões. Em primeiro lugar, a comissão que se reuniu no Brasil foi a primeira experiência desse tipo na história da OMS. Em avaliações publicadas posteriormente, dirigentes e profissionais do PEV, da OMS e do CDC revelaram que "… a constituição dessa primeira comissão internacional não foi a ideal nem ela realizou seus trabalhos com a mesmo rigor que as comissões posteriores" (Fenner *et al.* 1988, p. 1155).[18] Uma séria restrição foi a presença excessiva de brasileiros como membros e consultores da comissão, o que teria dificultado a sua autonomia e uma avaliação isenta. Em livro de memórias sobre a sua participação na erradicação, Donald H. Henderson definiu, retrospectivamente, o trabalho dessa comissão como "um capítulo lamentável" (Henderson, 2009, p. 117).[19] A crítica principal foi a nomeação, pelo Diretor da OPAS, o chileno Abraham Horwitz, de um ex-secretário geral do Ministério da Saúde (Alfredo Bica) para ser o presidente da Comissão, por pressão do governo brasileiro. A indicação de profissionais que estiveram envolvidos diretamente no programa brasileiro desagradou a Henderson (p. 118) e revela tensões entre

[18] Os padrões foram sendo estabelecidos a partir de 1974, por ocasião da certificação na Indonésia (Fenner *et al.*, 1988, cap. 25)

[19] Henderson nada comentou de negativo sobre a certificação brasileira em seus inúmeros artigos sobre a erradicação da varíola até meados dos anos 1980.

o PEV/OMS e a OPAS, escritório regional da OMS para as Américas. A OPAS era mais permeável a demandas e pressões políticas dos países da região do que o núcleo dirigente do programa em Genebra. Para este, as muitas recomendações da Comissão revelavam que a certificação da interrupção era passível de muitas dúvidas e questionamentos e poderia comprometer o futuro da erradicação global.

O Conselho Diretor da OPAS aprovou, em 16 de outubro de 1973, resolução como o reconhecimento da erradicação da varíola segundo os critérios da OMS, parabenizou os países da região pela conquista, mas registrou deficiências nos sistemas de vigilância e na cobertura vacinal de grupos de maior risco e, portanto, corroborou as recomendações de manutenção e melhoria das estruturas de vacinação e vigilância (Rodrigues, 1975, p.382-383). Havia muita desconfiança no relatório de uma comissão considerada enviesada, o que gerava insegurança das agências internacionais. Numa avaliação posterior e retrospectiva, a reputação da OMS só não teria sido abalada pelo "desempenho lamentável" da comissão porque, efetivamente, não foram mais registrados casos de varíola nas Américas nos anos seguintes (Henderson, 2009, p. 118).[20]

O governo Médici, ao receber a notícia da erradicação da varíola, estava ainda imerso no "milagre econômico", mas também em velhos e novos problemas de saúde pública. Desde 1971, a meningite meningocócica estava presente com surtos epidêmicos, em particular no estado de São Paulo. Apenas no município de São Paulo o número de casos subira de 122 em 1970 para 1799 em 1973 (Everson, 1976). O crescimento do número de casos de poliomielite e sarampo, ao atingir principalmente população infantil, imprimia ainda mais gravidade à situação sanitária. O governo federal impôs a censura a notícias sobre essa epidemia até o ano de 1974 (Barata, 1988; Schneider, Tavares, & Musse, 2015). O fim dessa censura e a vacinação contra meningite veio a ocorrer apenas em 1975, já no governo do General Ernesto Geisel (1974-78), facilitada pelo sucesso e pelas estruturas legadas pela campanha antivariólica e pela criação do Programa Nacional de Imunizações (PNI) em 1973 (Temporão, 2003). Até 1974, a epidemia de meningite e a necessária vacinação da população não foram mencionadas

[20] Em entrevista ao autor, Henderson confirmou a intervenção política do governo via OPAS na formação dessa comissão internacional que deveria ser o modelo para as seguintes: "Fiquei muito zangado. Bichat Rodrigues, o consultor regional da varíola da OPAS e Abraham Horwitz realmente nos decepcionaram" (Hochman & Palmer, 2010, p. 772)

no noticiário diário nem em pronunciamentos do governo. A discrição em relação à varíola e o silêncio em relação a meningite prevaleceram como política governamental.

Considerações Finais

A certificação do país livre da varíola certamente era positiva para um governo autoritário prolífico em campanhas publicitárias de cunho nacionalista. Todavia, persistiam incertezas e desconfianças, internas e externas, em relação à sustentação de "zero casos", considerando-se, inclusive, os problemas na montagem e nos trabalhos da comissão internacional que certificou a erradicação. A emergência de uma epidemia nesse exato momento exigia respostas governamentais que, se por um lado se beneficiavam da estrutura de vacinação e vigilância utilizada na eliminação da varíola, por outro, revelava o enorme déficit social e sanitário do país, atingia os principais centros urbanos e arranhava uma conquista do regime militar. Dessa forma, o governo, que buscou controlar a comissão e o relatório, e a imprensa, sob censura prévia, foram lacônicos no comunicado do desaparecimento de uma doença presente por séculos no Brasil e que mobilizou esforços e recursos governamentais e internacionais durante sete anos. E, ao final, as organizações da saúde internacional, como a OPAS e a OMS, congratularam o Brasil, entretanto mantinham postura de prudência em relação ao futuro imediato da doença no país.

O anúncio da erradicação da varíola no Brasil em agosto de 1973 é um caso que desvela o entrelaçamento entre dinâmicas do conhecimento científico e da política em um contexto de incertezas e de autoritarismo. Foi um final anunciado sob bases tanto epidemiológicas como políticas, mas com incertezas, também científicas e políticas, que indicavam que sua manutenção estava sob suspeição. A ausência de casos ao longo dos sete anos seguintes e o desaparecimento da varíola como experiência de adoecimento, morte e marcas na sociedade brasileira ajudou a efetivamente selar o seu final. Nesse sentido, o tempo biomédico e o tempo social, se diferentes, convergem em algum ponto. E a "morte da varíola" em âmbito global, anunciada em Genebra em 8 maio de 1980, também não obteve repercussão fora dos círculos médicos, nem na imprensa nem no governo brasileiro em

um contexto bem diverso daquele de 1973 pois eram tempos de abertura política e luta por democratização. Em 1980 também havia mais condições epidemiológicas de anunciar a erradicação global, isto é, menos incertezas biomédicas. A varíola, como experiência biossocial, foi sendo borrada ao longo dos anos e o seu anunciado desaparecimento global também, tal como ocorrera em 1973, não obteve espaços significativos nos jornais brasileiros não mais sob censura. Seus múltiplos fins não foram celebrados no Brasil. Os desafios contemporâneos e globais dos ciclos epidêmicos devem ser, definitivamente, respondidos a partir da sua compreensão como processos biomédicos e, ao mesmo tempo, políticos e sociais que se expressam no tempo e espaço.

Agradecimentos

Esse artigo é um dos resultados de pesquisa realizada com bolsa de produtividade em pesquisa-CNPq e contou com o apoio da bolsista Pibic-CNPq-Fiocruz, Laura Menacho Ferreira.

Referências

Agostoni, Claudia (2016). *Médicos, campañas y vacunas. La viruela y la cultura de su prevención en México*, 1870-1952. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Históricas/ Instituto de Investigaciones Doctor José María Luis Mora.

Anderson, Warwick. (2006). *Colonial pathologies: American tropical medicine, race, and hygiene in the Philippines*. Durham, N.C.: Londres: Duke University Press.

Arita, Isao. (2010). *The smallpox eradication saga: an insider's view*. Nova Delhi: Orient Longman.

Armus, Diego. (2020). Narrar la pandemia de Covid-19: historia, incertidumbres, vaticinios. In Dominichi M. de Sá, Gisele Sanglard, Gilberto Hochman, & Kaori Kodama (orgs.). *Diário da pandemia: o olhar dos historiadores* (p. 91-110). São Paulo: Hucitec Editora.

Armus, Diego. (2004). "Queremos a vacina Pueyo!!!": incertezas biomédicas, enfermos que protestam e a imprensa - Argentina, 1920-1940. In: Gilbero Hochman, & Diego Armus (orgs). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe* (p. 393-425). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Barata, Rita B. (1988). *Meningite: uma doença sob censura?* São Paulo: Editora Cortez; 1988.

Bhattacharya, Sanjoy. (2006) *Expunging variola: the control and eradication of smallpox in India, 1947-1977*. Nova Delhi: Orient Longman.

Bhattacharya Sanjoy, & Messenger, Sharon (eds) (2010). *The global eradication of smallpox*. Nova Delhi: Orient Blackswan.

Birn, Anne-Emanuelle. (2011). Small(pox) success? *Ciência & Saúde Coletiva, 16* (2), 591-597. doi: 10.1590/s1413-81232011000200022

Bivins, Roberta (2007) "The People Have No More Love Left for the Commonwealth": Media, Migration and Identity in the 1961–62 British Smallpox Outbreak. *Immigrants & Minorities, 25*, 3, 263-289.

Campos, André Luís V. (2006). *Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Carvalho, José M. (1987). *Os bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi*. São Paulo: Companhia das Letras.

Chalhoub, Sidney. (1996). *Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial*. São Paulo: Companhia das Letras.

Cueto, Marcos, Brown, Theodore., & Fee, Elisabeth (2019). *The World Health Organization: A History*. Cambridge: Cambridge University Press.

Etheridge, Elizabeth W. (1992). *Sentinel for Health: A History of the Centers for Disease Control*. Los Angeles, University of California Press.

Everson, Lygia B. (1976). Aspectos Epidemiológicos da Meningite Meningocócica no Município de São Paulo (Brasil) no Período 1968 a 1974. *Revista de Saúde Pública, 10*, p.1-16.

Fenner, Frank, Henderson, Donald A, Arita, Isao, Jezek, Zdenek, Ladnyi, Ivan D. *et al.* (1988). *Smallpox and its eradication*. Geneva: World Health Organization.

Fernandes, Tania M. (2010). *Vacina antivariólica: ciência, técnica e o poder dos homens, 1808-1920*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2a edição.

Fonseca, Cristina M. O. (2007). *Saúde no Governo Vargas (1930 – 1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz

Foege, William H. (2011). *House on Fire: the Fight to Eradicate Smallpox*. Los Angeles: Univesity of California Press.

Garrett, Laurie (1995). *A Próxima Peste - novas doenças num mundo em desequilíbrio*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Greene, Jeremy A.; Vargha, Dora (2020). Ends of Epidemics. In Hal Brands, & Francis J. Gavin (eds) *COVID-19 and World Order: The Future of Conflict, Competition, and Cooperation* (p. 23-39). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Greenough, Paul. (2011). "A wild and wondrous ride": CDC field epidemiologists in the east Pakistan smallpox and cholera epidemics of 1958. *Ciência & Saúde Coletiva, 16* (2), 491-500. doi: 10.1590/s1413-81232011000200012

Heywood, Anita, & Macintyre, C. Raina. (2020). Elimination of COVID-19: what would it look like and is it possible? *The Lancet – Infectious Disease*, published online August 6, 2020. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30633-2

Henderson, Donald A. (2009). *Smallpox: The Death of a Disease*. New York: Prometheus Books.

Hochman, Gilberto. (2011). Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva, 16* (2), 375-386. doi: 10.1590/S1413-81232011000200002

Hochman, Gilberto. (2009). Priority, invisibility and eradication: the history of smallpox and the Brazilian public health agenda. *Medical History, 53*(2): 229-252. doi: 10.1017/s002572730000020x

Hochman, Gilberto. (2008). From autonomy to partial alignment: national malaria programs in the time of global eradication, Brazil, 1941-1961. *Canadian Bulletin of Medical History*, 25 (1), 161-192. doi: 10.3138/cbmh.25.1.161

Hochman, Gilberto; Palmer, Steven (2010). Smallpox eradication and Brazil: an interview with Donald A. Henderson. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos, 17* (3), 759-775. doi: 10.1590/S0104-59702010000300011

Jarvis, Eric. (2007). A contagious journey within a culture of complacency: the smallpox scare of 1962 in New York and Toronto. *Canadian Bulletin of Medical History, 24* (2), 343-366.

Kolata, Gina (10 maio 2020). How Pandemics End? *New York Times Magazine*, 10 maio 2020. https://nyti.ms/3fCdRJ1

Magalhães, Rodrigo C.S. (2016). *A Erradicação do Aedes aegypti: febre amarela, Fred Soper e saúde pública nas Américas (1918-1968)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Manela, Erez (2010). A Pox on Your Narrative: Writing Disease Control into Cold War History. *Diplomatic History*; 34 (2):299-323.

Moulin, Anne-Marie. (2003). A hipótese vacinal: por uma abordagem crítica e antropológica de um fenômeno histórico. *História, Ciências, Saúde -Manguinhos, 10* (suplemento 2), 499-517. doi: 10.1590/S0104-59702003000500004

Neelakantan, Vivek. (2010). Eradicating smallpox in Indonesia: the archipelagic challenge. *Health History, 12* (1), 61-87.

Packard, Randall M. (2007). *The Making of a Tropical Disease: A Short History of Malaria*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Palmer, Steven; Hochman, Gilberto. (2010) A Canada-Brazil network in the global eradication of smallpox. *Canadian Journal of Public Health, 101* (2), 113-114,118. doi: 10.1007/BF03404353

Reinhardt, Bob H. (2015) *The End of a Global Pox: America and the Eradication of Smallpox in the Cold War Era*. Chapel Hill: The University of North Carolina Press.

Rodrigues, Bichat A. (1975) Smallpox eradication in the Americas. *Bulletin of the PanAmerican Health Organization, 9* (1), 53-68.

Rosenberg, Charles E. (1992). Framing disease: Illness, society, and history. In Charles E. Rosenberg, *Explaining Epidemics and Other Studies in the History of Medicine* (p. 305-318). Cambridge: Cambridge University Press.

Saavedra, Mónica. (2011). O consenso vacinal revisitado: hegemonia dinâmica. In Manuela P. Cunha & Jean-Yves Durand (orgs.) *Razões de Saúde. Poder e Administração do Corpo: Vacinas, Alimentos, Medicamentos* (p. 137-159). Lisboa: Fim do Século.

Schneider, Catarina, Tavares, Michele, & Musse, Christina (2015). O retrato da epidemia de meningite em 1971 e 1974 nos jornais O Globo e Folha de S.Paulo. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, 9* (4), 1-13. doi: 10.29397/reciis.v9i4.995

Scorzelli Jr., Achilles. (1965). A importância da varíola no Brasil, 1964. *Arquivos de Higiene, 21*, 3-64.

Soerensen, B. (1978/79). A erradicação da varíola no mundo. *Memórias do Instituto Butantan, 42/43*, 11-20.

Stepan, Nancy L. (2011). *Eradication: Ridding the World of Diseases Forever?* Itahaca: Cornell University Press.

Temporão, José G. (2003). O Programa Nacional de Imunização no Brasil: origens e desenvolvimento. *História-Ciências-Saúde-Manguinhos, 10* (Supl.2), 601-617. doi: 10.1590/S0104-59702003000500008

Varíola – Trabalho para a Comissão Internacional de Certificação, 1973, Arquivo Cláudio do Amaral Jr., DAD/COC/Fiocruz, Rio de Janeiro.

Westad, Odd A. (2005). *The Global Cold War: Third World interventions and the making of our times*. Cambridge: Cambridge University Press.

Depoimentos

Cláudio do Amaral Jr. Depoimento concedido a Gilberto Hochman, Tania Maria Fernandes e Daiana Crús Chagas. Departamento de Arquivo e Documentação/Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, 2009/2010. http://www.coc.fiocruz.br/index.php/pt/pesquisa/divulgacao-cientifica/35-patrimonio-cultural/1810-claudio-do-amaral-jr-e-a-erradicacao-da-variola-fundacao-sesp-e-campanha-de-erradicacao-da-variola.html#link01 Acesso em 01/10/2020.

Arquivos documentais

Fundo Cláudio do Amaral Jr. BR RJCOC CA, Departamento de Arquivo e Documentação/Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, código de referência BR RJCOC CA.

Arquivos da Organização Mundial da Saúde, https://www.who.int/archives/en/

Jornais e periódicos

Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional, https://bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/

Submetido em 6 de outubro de 2020.
Aprovado em 25 de outubro de 2020.

Licenciado sob uma Licença Creative Commons Attribution 4.0